



HOPE AGORA 2019

2 – 4 JUNE 2019
LJUBLJANA, SLOVENIA

– VSEBINA –

OB ZAKLJUČKU KONFERENCE HOPE AGORA 2019

IMPLEMENTACIJA NORMATIVOV IN STANDARDOV PO
MODRI KNJIGI / KOMPETENCE V ZDRAVSTVENI NEGI

IMPRESUM REVIJE

ISSN 1580-491

Izdajatelj: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, direktor Marjan Pintar

Uredniški odbor: mag. Robert Cugelj,
prof. dr. Ivan Eržen, doc. dr. Milena
Kramar Zupan, Marjan Pintar

Glavna urednica: dr. Saška Terseglav

Odgovorni urednik: Anton Zorko

Oblikovanje: Maja Rebov

Fotografije: arhiv Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Shutterstock, Unsplash

Tisk: Matformat

Naklada: 600 izvodov

Letna naročnina z DDV: 80 EUR

Naslov uredništva: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana, Slovenija,
T: 0592 27 190, F: 0592 27 199
E: novis@zdrzz.si, S: www.zdrzz.si
Facebook: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Twitter: ZdruzenjeZDRZZ

Revija izhaja šestkrat v letu.

Prispevki niso honorirani. Prispevki so uredniško pregledani in niso lektorirani. Razmnoževanje publikacije v celoti ali deloma ni dovoljeno. Uporaba in objava podatkov in delov besedila je dovoljena le z navedbo vira.

Združenje je član Evropskega združenja bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE), www.hope.be.



Z DOKAZI PODPRTO ODLOČANJE

V začetku junija smo v Ljubljani gostili mednarodno konferenco Združenja evropskih bolnišnic in drugih izvajalcev zdravstvenih storitev, Hope AGORA 2019. Temeljno sporočilo konference je, da mora biti sprejemanje odločitev v zdravstvu podprto z dokazi in utemeljeno na podatkih. So tudi odločitve v slovenskem zdravstvu utemeljene na podatkih in podprte z dokazi?

Kako pomembni so podatki, kaže aktualna problematika ugotovljenih napak pri beleženju čakalnih dob. Podatki, na katerih temeljijo naše odločitve, morajo biti verodostojni, preverljivi in zaupanja vredni. Intuicijo bomo za svoje odločitve uporabili samo tam, kjer nimamo ustreznih podatkov. To velja na vseh nivojih odločanja, na nivoju države oz. zdravstvenega sistema, v zdravstvenih ustanovah in tudi njihovi notranji organizaciji.

Kadar sprejemamo odločitve v zdravstvu, moramo oceniti stanje, poiskati in izbrati najboljše možne rešitve in obenem zagotoviti potrebne vire za njihovo uresničitev. Praksa žal kaže, da pogosto ravnamo drugače. Ko je bivša ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc v kolektivni pogodbi akceptirala t. i. Modro knjigo standardov in normativov, bi zagotovo morala vedeti, da za njeno uresničitev ni dovolj zdravnikov ne dovolj denarja.

Ko smo vzpostavljali t.i. referenčne ambulante, ki dolgoročno gotovo lahko prispevajo k izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva, se nismo vprašali, kje bomo našli potrebnih 400 diplomiranih medicinskih sester. V veliki večini so prišle iz intenzivnih in internih oddelkov bolnišnic, kjer je njihovo delo zelo zahtevno in so tudi pogoji dela najtežji.

Pred kratkim je minister za zdravje podal soglasje k dokumentu »Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege«. Izvajalci zdravstvene dejavnosti imajo na razpolago izjemno kratke roke za implementacijo in zagrožene so visoke kazni, če tega ne storijo. Ob tem pa ostaja toliko odprtih vprašanj, na katera ne zna odgovoriti nihče. Nihče tudi ni izračunal finančnih posledic navedenih sprememb in predvidel vire, ki so za to potrebni.

Podobno je pri številnih drugih programih, ki se v zdravstvu na novo odpirajo. Ni dvoma, da so koristni in tudi potrebni, vendar za realizacijo marsikdaj ni dovolj kadrovskih virov. To najbolj občutijo v tistih okoljih, kjer so pogoji dela najtežji. Odpovedujejo se posegi, nekateri oddelki se začasno zapirajo, medtem ko ljudje čakajo v vrstah.

Ni samo pri nas tako, tudi v drugih evropskih državah imajo podobne težave. Zato se bo tema konference, ki smo jo letos odprli v Ljubljani, nadaljevala tudi prihodnje leto na konferenci v Bruslju. Začeli smo na pravem koncu. Čas je, da izzivu prilagodimo tudi svoje delovanje.

MARJAN PINTAR

direktor združenja

SEJE ZDRUŽENJA: MAJ-JUNIJ 2019

13. SEJA ODBORA BOLNIŠNIČNE DEJAVNOSTI

24. april 2019

/1. Potrditev zapisnikov 11. in 12. seje Odbora bolnišnične dejavnosti /2. Zahteva Fidesa o začetku dela zdravnikov in zobozdravnikov po Modri knjigi od 1. 6. 2019 dalje /3. Izvajanje neprekinjenega zdravstvenega varstva /4. Kompetence v zdravstveni negi /5. Razno

4. SEJA EKONOMSKE KOMISIJE

7. maj 2019

/1. Potrditev zapisnika 3. seje Ekonomske komisije /2. Informacija o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov v letu 2018 /3. Obravnava Dogovora 2019 in Aneksa št. 1 k Dogovoru 2019 /4. Obravnava rezultatov anket o izkoriščenosti delovnega časa ter o priznanih in porabljenih sredstvih za plačilo dodatka za dvojezičnost /5. Obravnava dopisa MZ o planiranju poslovanja po organizacijskih enotah /6. Razno

4. SEJA KOMISIJE ZA NOTRANJI NADZOR

8. maj 2019

/1. Potrditev zapisnika 3. seje Komisije za notranji nadzor /2. Predstavitev programske rešitve za upravljanje in izvedbo procesa notranje revizije /3. Program dela komisije za leto 2019 /4. Priprava na delavnico Komisije za notranji nadzor /5. Razno

5. SEJA KOMISIJE ODBORA OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

21. maj 2019

/1. Potrditev zapisnika 4. seje Komisije odbora osnovne zdravstvene dejavnosti /2. Razmere na področju primarnega zdravstva in informacija o Aneksu št. 1 k Dogovoru 2019 /3. Informacija o prejetih predlogih primarne zdravstvene ravni za Aneks št. 2 k Dogovoru 2019 /4. Imenovanje delovne skupine za pripravo nabora predlogov primarne zdravstvene ravni za Aneks št. 2 k Dogovoru 2019 /5. Razno

18. SEJA UPRAVNEGA ODBORA

22. maj 2019

/1. Potrditev zapisnika 17. seje Upravnega odbora /2. Predlogi za Aneks št. 2 k Dogovoru 2019 in imenovanje predstavnikov združenja na dogovarjanju /3. Razno

11. SEJA PRAVNE KOMISIJE

6. junij 2019

/1. Potrditev zapisnika 10. seje Pravne komisije /2. Uveljavitev 38. člena ZZDej- K /3. Možnosti nagrajevanja zdravnikov, ki presegajo 1.895 glavarinskih količnikov /4. Zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov in zobozdravnikov za škodo, ki bi lahko nastala pri njihovem delu /5. Kolektivna delovna zadeva predlagatelj: Sindikat zdravnikov družinske medicine PraktikUM zoper nasprotno udeležence (ZD) /6. In-

formacija o postopku tožbe ZD (41) zoper ZZS /7. Mentorstvo pripravnikom, sekundarjem in specializantom /8. Problematika specializacij za področje medicine dela, prometa in športa /9. Vprašanja zavodov /10. Razno

19. SEJA UPRAVNEGA ODBORA

17. junij 2019

/1. Potrditev dnevnega reda in ugotovitev sklepčnosti /2. Potrditev zapisnika 18. seje Upravnega odbora /3. Pregled realizacije sklepov zapisnika 18. seje Upravnega odbora /3. Obravnava spornih vprašanj za arbitražo za Aneks št. 2 k Dogovoru 2019 /4. Obravnava kriterijev za včlanitev novih članov v združenje /5. Obravnava kriterijev za izplačilo delovne uspešnosti /6. Predstavitev rešitve Pacsonweb /7. Razno

6. SEJA KOMISIJE ZA INFORMACIJSKE SISTEME

19. junij 2019

/1. Potrditev zapisnika 5. seje Komisije za informacijske sisteme /2. Varnostne zahteve za izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki uporabljajo storitve eZdravja /3. eNaročanje – težave pri izvajalcih /4. Skupno JN za storitve najema IP VPN komunikacijskih povezav za potrebe omrežja zNET /5. Skupna baza cen zdravil v sklopu CBZ /6. Elektronsko podpisovanje soglasij /7. Sistem za upravljanje identitet z rešitvijo SSO /8. Razno

VSEBINA

MAJ, JUNIJ 2019

KOMENTAR

- 1 Z DOKAZI PODPRTO ODLOČANJE V ZDRAVSTVU

AKTUALNO

- 6 KAKO URESNIČITI NEURESNIČLJIVO? IMPLEMENTACIJA NORMATIVOV IN STANDARDOV PO MODRI KNJIGI
- 10 NAGRAJEVANJA TIMOV, KI PRESEGAJO 1.895 GLAVARINSKIH KOLIČNIKOV
- 10 DILEME IN ODPRTA VPRAŠANJA PRI PRIZNAVANJU KOMPETENC V ZDRAVSTVENI NEGI
- 10 OB ZAKLJUČKU KONFERENCE HOPE AGORA 2019

POGOVOR

- 15 V ZADNJEM ČASU SMO PRIČA RAZVREDNOTENJU ZNANOSTI IN DOKAZOV

NOVOSTI

- 20 PRAVILNE ODLOČITVE - OSNOVA ZA RAZVOJ SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA, 26. SREČANJE DRUŠTVA EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU (DEVZ)



KAKO URESNIČITI NEURESNIČLJIVO? IMPLEMENTACIJA NORMATIVOV IN STANDARDOV PO MODRI KNJIGI

15

Ob doslednem upoštevanju normativov Modre knjige bi z razpoložljivim kadrom v nekaterih bolnišnicah realizirali tudi do 40 % manj programa.



V ZADNJEM ČASU SMO PRIČA RAZVREDNOTENJU ZNANOSTI IN DOKAZOV

10

Pogovor z Mirchem Poldrugovacem, programskim vodjem konference HOPE Agora 2019

S PODPISOM SPORAZUMA O ZAČASNI PREKINITVI STAVKOVNIH
AKTIVNOSTI JE VLADA RS V LETU 2017 SPREJELA T.I. MODRO
KNJIGO STANDARDOV IN NORMATIVOV ZDRAVNIKOV IN
ZOBOZDRAVNIKOV. VLADA JE S TEM ZAČASNO RES PREKINILA
ZDRAVNIŠKO STAVKO, ODPRLA PA POVSEM NEREŠLJIV PROBLEM
ZA SLOVENSKO ZDRAVSTVO. ZA UVELJAVITEV MODRE KNJIGE
NI DOVOLJ ZDRAVNIKOV (IN JIH ŠE DOLGO NE BO). POLEG
TEGA DRŽAVA NI SPREJELA ZAKONSKIH PODLAG, KI BI
OMOGOČALE FLEKSIBILNO NAGRAJEVANJE ZDRAVNIKOV.

KAKO URESNIČITI NEURESNIČLJIVO?

IMPLEMENTACIJA NORMATIVOV IN STANDARDOV IZ MODRE KNJIGE

ZDRUŽENJE ŽE DVE LETI OPOZARJA, DA UVELJAVITEV DOLOČIL IZ
MODRE KNJIGE PREDSTAVLJA GROŽNJO JAVNEMU ZDRAVSTVENEMU
SISTEMU IN NEVARNOST ZA ŽIVLJENJE IN ZDRAVJE LJUDI.

MARJAN PINTAR, SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

S problemom normativov in standardov iz Modre knjige se danes ukvarjajo predvsem vodstva zdravstvenih organizacij, na katera se sindikati obračajo s povsem neuresničljivimi zahtevami. Pred nami je zahtevna, če ne kar nemogoča naloga.

10.A ČLEN KOLEKTIVNE POGODBE ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE V RS

V skladu s Sporazumom o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti z dne 5. decembra 2016 je Vlada RS 24. marca 2017 s sindikati podpisala Aneks h Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike, v katerem je med drugim implementirala standarde in normative dela zdravnikov in zobozdravnikov iz t. i. Modre knjige. Problematiko ureja 10.a člen Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v RS. Ta med drugim:

- določa, da mora delodajalec upoštevati normative dela zdravnikov in zobozdravnikov iz Modre knjige in temu prilagodi lastno organizacijo dela;
- nalaga delodajalcu, ki v roku 3 mesecev ne more implementirati standardov in normativov iz Modre knjige, da v 30-ih dneh pripravi *terminski načrt* za njihovo uveljavitev in načrt

ukrepov za vmesno obdobje, pri čemer uporabi možnost fleksibilnega nagrajevanja;

- določa, da delodajalec ne sme dodatno obremenjevati že zaposlenih zdravnikov, če ne sprejme načrta ukrepov oziroma jih ne izvede.

DOPIS FIDESA IZVAJALCEM Z DNE 8. APRILA 2019

Sindikata Fides je 8. aprila 2019 na delodajalce naslovil dopis, v katerem med drugim navaja, da bodo:

- pri delodajalcih, ki so skladno z 10.a členom KPZZ v predvidenem roku in po predpisanem postopku sprejeli *terminski načrt* za uveljavitev Modre knjige, zdravniki in zobozdravniki delali po tem terminskem načrtu, vendar le pod pogojem, da jim bo omogočeno fleksibilno nagrajevanje;
- pri delodajalcih, ki v skladu z 10.a členom KPZZ v predvidenem roku in po predpisanem postopku niso sprejeli *terminskega načrta* za uveljavitev določil iz Modre knjige, zdravniki in zobozdravniki delali po modri knjigi.

V dopisu Fides opozarja:



Če bodo potrjene in uveljavljene sedanje zahteve Fidesa, vodstva bolnišnic ne morejo prevzeti odgovornosti za škodo oziroma poslabšanje zdravstvenega stanja prebivalcev Slovenije. Izvajalci bodo z uveljavitvijo zahtev Fidesa postavljeni v brezizhodno situacijo, na katero sami nimajo vpliva.

- da si bodo od 1. junija 2019 dalje zdravniki in zobozdravniki vzeli več časa za ambulantne preglede pacientov, da bodo sprejemali v povprečju po 24 ambulantnih obiskov dnevno in maksimalno 35 kontaktov (vključno s telefonskimi kontakti) dnevno,
- da bodo v osnovnem zdravstvu zdravniki in zobozdravniki opredeljevali paciente le do toliko glavarinskih količnikov, kolikor je opredeljeno v sporazumih med FIDES-om in Vlado RS,
- da bodo zdravniki vsak teden 10 ur delovnega časa namenili izključno administrativnim opravilom, ki niso povezana z neposrednim delom s pacienti.

V dopisu Fides izvajalce poziva, da delovni proces organizirajo tako, da zaradi začetka dela po Modri knjigi od 1. junija 2019 dalje ne bo prišlo do težav pri poteku delovnih procesov ali do tega, da bi pacienti zamenjali na zdravstvene preglede, terapije, preiskave ali posege in bi zaradi tega prihajalo do slabe volje.

SPOMNIMO ...

Po sprejetju Aneksa h Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike z dne 24. marca 2017 so delodajalci pristopili k implementaciji dogovora med Vlado RS in sindikati. V okviru Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije je bila imenovana Delovna skupina v zvezi z vzpostavitvijo normativov zdravnikov po Modri knjigi, ki jo je vodil asist. dr. Franci Vindišar (SB Celje). Izva-

jalci so bili pozvani k enomesečnemu testnemu uvajanju standardov in normativov. Izvedene so bile številne analize in projekcije, ki so vodile do končne ugotovitve, da implementacija normativov in standardov iz Modre knjige predstavlja grožnjo javnemu zdravstvenemu sistemu, o čemer je združenje obvestilo Ministrstvo za zdravje in tudi javnost. V Novisu 7/8, 2017 smo objavili pogovor z vodjo delovne skupine asist. Dr. Francijem Vindišarjem, z naslovom *Sporazum predstavlja grožnjo javnemu zdravstvenemu sistemu* ter uvodnik mag. Stanislava Pušnika na temo *določanja normativov in standardov v zdravstvu*.

ODBOR ZA BOLNIŠNIČNO DEJAVNOST: SPORAZUMA NI MOGOČE IMPLEMENTIRATI

Problematiko implementacije standardov in normativov Modre knjige je dne 24. aprila 2019 ponovno obravnaval Odbor za bolnišnično dejavnost Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije. Na podlagi podatkov, ki so jih posredovale bolnišnice, lahko nedvoumno povzamemo, da bi imela implementacija določil iz Modre knjige izrazito negativne posledice:

1. Zmanjšan obseg realizacije delovnega programa izvajalcev

Ob doslednem upoštevanju normativov Modre knjige bi v nekaterih bolnišnicah v obdobju do 31. 12. 2019 z razpoložljivim kadrom realizirali tudi do 40 % manj programa.

2. Izpad prihodkov zaradi nerealiziranega programa in ogrožena sanacija bolnišnic

V primeru upoštevanja standardov in normativov iz Modre knjige izvajalci ne bi mogle realizirati pogodbeno dogovorjenega programa. Posledica je manj prihodkov in slabši rezultati poslovanja, ustavljen bi bil proces sanacije bolnišnic.

3. Pomanjkanje zdravnikov in presežek ostalih zaposlenih

V eni izmed večjih regionalnih bolnišnic, ki ima zaposlenih 91 specialistov, so ugotovili, da bi za zagotovitev dela po standardih in normativih iz Modre knjige potrebovali še dodatnih 78 specialistov. Za to bi potrebovali tudi dodatne delovne prostore in opremo, kar zahteva dodatna finančna sredstva. Ker na trgu dela ni zdravnikov specialistov, ki bi v skladu z normativi in standardi iz Modre knjige lahko realizirali pogodbeno dogovorjen program, bi bili izvajalci primorani tudi odpuščati druge zdravstvene delavce in sodelavce ter nezdravstveni kader.

4. Podaljšanje čakalnih vrst

V primeru upoštevanja standardov in normativov iz Modre knjige se bo zmanjšal obseg opravljenih zdravstvenih storitev, posledično pa se bodo močno podaljšale čakalne dobe ter kritično poslabšala dostopnosti do zdravstvenih storitev, kar bo ogrozilo zdravstveno oskrbo oziroma življenje in zdravje državljanov Republike Slovenije.

Glede na gornje navedbe lahko:

1. ugotovimo, da implementacija normativov in standardov, kot jih zahteva Fides, ni možna:

- na trgu dela ni dovolj zdravnikov specialistov, s katerimi bi zapolnili potrebe v skladu z normativi in standardi iz Modre knjige;
- država ni sprejela zakonskih podlag, ki bi omogočale fleksibilno nagrajevanje zdravnikov v skladu z določili Kolektivne pogodbe.

2. ponovimo, da implementacija normativov in standardov iz Modre knjige **predstavlja grožnjo javnemu zdravstvenemu sistemu**.

Bolnišnice vsako leto sprejmejo finančni načrt in program dela, vključno s kadrovskim načrtom. Pri tem so v skladu z veljavnim ZIPRS dolžni upoštevati navodila Ministrstva za zdravje, ki že ves čas od sprejema 10. a člena Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike ne omogočajo zaposlitev brez dodatnih virov ali programov in tudi ne omogočajo t.i. fleksibilnega nagrajevanja oziroma izplačila delovne uspešnosti za povečan obseg dela.

ZDRUŽENJE ZA VNOVIČNA POGAJANJA

Sprašujemo se, ali je dogovore, ki imajo tako usodne posledice za delovanje in obstoj zdravstvenih zavodov ter življenje in zdravje državljanov sploh dopustno realizirati. V Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije zato menimo, da je treba ponovno pristopiti k pogajanjem med Vlado RS in sindikati ter na novo definirati ustrezen dogovor.

DILEME IN ODPRTA VPRAŠANJA PRI PRIZNAVANJU KOMPETENC V ZDRAVSTVENI NEGI

TINA JAMŠEK

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

PRIZNAVANJE KOMPETENC IN AKTIVNOSTI DIPLOMIranih MEDICINSKIH SESTER, KI SO JIH SREDNJE MEDICINSKE SESTRE PRIDOBILE Z VEČLETNIM DELOM

Minister za zdravje Aleš Šabeder je 16. maja 2019 podpisal soglasje k dokumentu *Poklicne kompetence in aktivnosti v dejavnosti zdravstvene nege*. Dokument, ki opredeljuje pristojnosti, poklicne aktivnosti in kompetence izvajalcev je pripravila stroka – Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Poleg tega ga je potrdil tudi Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno in babiško nego. Na podlagi tega dokumenta naj bi po besedah predsednice zbornice Monike Ažman bile »odpravljene nekatere krivice, ki so bile storjene v preteklosti za vse tiste, ki delajo več kot jim omogočata zakonodaja in izobrazba«.

Na podlagi podpisanega soglasja morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti:

- najpozneje v dveh mesecih oz. do 16. julija 2019 sprejeti spremenjene akte o sistemizaciji;
- v 30-ih dneh od sprejetja akta o sistemizaciji oz. do 15. avgusta 2019 zaposlenim ponuditi v podpis:
 - novo pogodbo o zaposlitvi za delovno mesto diplomirane medicinske sestre in
 - pogodbo o izobraževanju ob delu.

Če izvajalec zdravstvene dejavnosti tega ne stori, se kaznuje z globo od 3.000 do 50.000 evrov, odgovorna oseba izvajalca pa z globo od 300 do 5.000 evrov.

ODPRTA VPRAŠANJA

Problematico priznavanja kompetenc v zdravstveni negi so večkrat obravnavali organi Združenja zdravstvenih za-

vodov Slovenije, nazadnje na Pravni komisiji združenja dne 6. junija 2019, ob prisotnosti predsednice Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije Monike Ažman. Izkazalo se je, da obstaja vrsta pravnih (procesnih in strokovnih) vprašanj, ki terjajo nedvoumne odgovore.

1. Za presojo preseganja kompetenc SMS bi javni zdravstveni zavodi morali uporabljati enotne kriterije. Brez teh lahko znotraj enotnega plačnega sistema pride v različnih okoljih do zelo različnih praks. Za enotno implementacijo bi nujno potrebovali dodatna pojasnila oziroma pripomoček k sprejetemu dokumentu.
2. Postavlja se tudi vprašanje, kakšno vrsto licence bo SMS sploh pridobila:
 - ali splošno licenco diplomirane medicinske sestre (s katero bo lahko opravljala vsa dela DMS),
 - ali posebno licenco, ki bo določala aktivnosti in kompetence posamezne SMS za točno določeno delovno mesto.

Vrsto licence bi moral določiti podzakonski akt, ki ga sprejema zbornica v soglasju z ministrom. Zbornica je ministrstvo že večkrat zaprosila za mnenje glede navedene dileme, vendar odgovora še niso prejeli. Glede na to, da lahko ministrstvo izda zgolj neobvezujoče pravno mnenje, bi po mnenju pravne komisije in zbornice morali zakonodajalca zaprositi za avtentično razlago.

3. SMS iz prvega odstavka 38. člena ZZDej-K morajo pridobiti licenco do 17. decembra 2019. Gre za prekluzivni rok – če SMS licence ne pridobijo do tega roka, jih ni več mogoče razvrstiti na delovno mesto DMS. Glede na številne nedorečenosti me-



Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 64/17; ZZDej-K) je v 38. členu uzakonil priznavanje kompetenc diplomiranih medicinskih sester, ki so jih srednje medicinske sestre pridobile z večletnim delom. S podajo soglasja ministra za zdravje na dokument »Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege, maj 2019« so podani pogoji za realizacijo navedenega člena.

nimo, da je nujno potrebno podaljšati rok za pridobitev licence kakor tudi roke za realizacijo vseh zahtev na strani izvajalcev. Tudi za to je potrebna sprememba zakona.

KAKŠNE BODO FINANČNE POSLEDICE IN KDO BO ZAGOTOVIL POTREBNA FINANČNA SREDSTVA?

V zvezi z implementacijo poklicnih kompetenc v zdravstveni negi se postavljajo tudi vprašanje finančnih posledic in zagotavljanja potrebnih virov.

Sprašujemo se, ali bo zaradi prenovljenih aktivnosti in kompetenc pri izvajalcih prišlo do povečanja števila DMS. V tem primeru bi morale spremembam slediti tudi financiranje zdravstvenih storitev s strani ZZS. Menimo, da bi morali finančne posledice in način njihovega pokritja jasno opredeliti že pred sprejetjem zakona.

Postavlja se tudi vprašanje, kdo bo kril stroške preizkusa strokovne usposobljenosti pri SMS iz drugega odstavka 38. člena ZZDej-K. Nikjer ni opredeljeno, kako visoki so ti stroški in kdo jih krije. Tudi sama vsebina preizkusa strokovne usposobljenosti je v tem trenutku še neznana.

Nejasno je, ali se izobraževanje iz tretjega odstavka 38. člena ZZDej-K izvaja zgolj v interesu delodajalca, ali

v interesu delavca in delodajalca. Nejasna je tudi višina stroškov izobraževanja in način pokritja stroškov (ZZS ali proračun).

Minister za zdravje je dne 11. junija 2019 sprejel Sklep o imenovanju delovne skupine za razlago poklicnih kompetenc ZN, ki mora opredeljene naloge zaključiti do 31. decembra 2019.

V zvezi s tem Pravna komisija združenja:

- opozarja, da postavljen rok presega vse zakonsko določene roke, v katerih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti in drugi deležniki izvesti zgoraj navedene aktivnosti;
- predlaga, da v delovno skupino vključi tudi predstavnike Pravne komisije združenja;
- predlaga, da se čim prej pristopi k podaljšanju rokov za implementacijo 38. člena ZZDej-K (sprememba zakona), saj v postavljenih rokih realizacija glede na vsa odprta vprašanja ni mogoča.

Združenje bo ustanovilo posebno delovno skupino za področje zdravstvene nege, ki bo obravnavala problematiko prenovljenih aktivnosti in kompetenc ter podajala operativna navodila, ki bodo v pomoč kadrovske službam javnih zdravstvenih zavodov pri implementaciji 38. člena ZZDej-K.

NAGRAJEVANJA TIMOV, KI PRESEGAJO 1.895 GLAVARINSKIH KOLIČNIKOV

TINA JAMŠEK

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

V Aneksu št. 1 k Dogovoru 2019 je Vlada RS določila, da zdravniki družinske medicine in pediatrije na primarni ravni lahko odklonijo opredeljevanje novih zavarovanih oseb, ko dosežejo obremenitev 1.895 glavarinskih količnikov. Nadalje je bilo določeno, da se v Aneksu št. 2 k Dogovoru 2019 določi nov obračunski model za ambulate družinske medicine in pediatrije na primarni ravni.

NUJNA POSLEDICA ZNIŽEVANJA POVPREČJA JE TUDI 100 % FINANCIRANJE TIMA OB DOSEŽENEM POVPREČJU

V Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije menimo, da je pri oblikovanju novega plačnega modela treba zagotoviti tudi ustrezno nagrajevanje za zdravstvene time v javnih zdravstvenih zavodih, ki presegajo obremenitev 1.895 glavarinskih količnikov. Brez slednjega ne bomo odpravili nezadovoljstva, ki se pojavlja predvsem med zdravniki v javnih zdravstvenih zavodih.

Pri tem v združenju opozarjamo, da obstoječa zakonodaja, ki ure-



1.895

ja plače v javnem sektorju (Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, Zakon o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2018 in 2019) takšnega nagrajevanja zdravstvenih delavcev ne omogoča.

Glede na veljavno ureditev bi bili zdravniki in medicinske sestre lahko

upravičeni le do delovne uspešnosti iz naslova povečanega obsega, za kar pa je vir v Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju taksativno naveden. Dodatna sredstva, ki bi jih pridobili javni zdravstveni zavodi iz naslova preseganja 1.895 glavarinskih količnikov, ne predstavljajo osnove za izplačilo delovne uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela.

Ugotavljamo, da je za nagrajevanje timov, ki presegajo 100 % glavarino, potrebna sprememba zakona. O tem je 17. junija 2019 razpravljal Upravni odbor združenja, ki je sprejel sklep, da združenje Ministrstvu za zdravje predlaga sprejem interventnega zakona, s katerim bi uredili možnost fleksibilnega nagrajevanja zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih na primarni zdravstveni ravni (za time, ki presegajo limit 1.895 glavarinskih količnikov).

Verjamemo, da bi z zagotovitvijo pravnih podlag, ki omogočajo nagrajevanje bolj obremenjenih timov, povečali zanimanje mladih zdravnikov za delo na primarni ravni in zmanjšali vsesplošno nezadovoljstvo, s katerim se trenutno soočamo.

HVALA SPONZORJEM KONFERENCE HOPE AGORA 2019

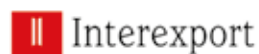
SREBRNI SPONZORJI



PHILIPS



BRONASTI SPONZORJI



PARTNER



ORGANIZATORJI



REPUBLIC OF SLOVENIA
MINISTRY OF HEALTH



— AKTUALNO —

NOVA AGORA 2019

2 – 4 JUNE 2019
LJUBLJANA, SLOVENIA



OB ZAKLJUČKU KONFERENCE HOPE AGORA 2019

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je med 2. in 4. junijem 2019 gostilo mednarodno konferenco Evropske zveze bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij HOPE Agora 2019. Konferenca je potekala v soorganizaciji Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Na dogodku je sodelovalo več kot 320 udeležencev iz 27 držav, ki so izmenjali izkušnje pri uvajanju z dokazi podprtega odločanja v zdravstvenem managementu. Konferenca, ki je bila 38. po vrsti, je bila tudi ena največjih konferenc v zgodovini HOPE.

Konferenco so uradno otvorili minister za zdravje Aleš Šabeder, predsednica združenja HOPE Eva M. Weinreich-Jensen, direktor ZZZS Marjan Sušelj in direktor združenja **Marjan Pintar**. Slednji je uvodoma povedal, da je bila tema konference **Z dokazi podprto odločanje v zdravstvenem managementu** izbrana premišljeno in skrbno. Zdravstvo je namreč panoga znanja. Je okolje ustvarjalnih posameznikov in pametnih rešitev. Da bi svoje poslanstvo lahko opravljali učinkovito, da bi lahko sprejemali prave odločitve in pametne politike, zdravstveni management potrebuje prave informacije ob pravem času. To zavedanje bi moralo biti v ospredju delovanja vseh vpletenih pri odločanju v zdravstvu.

Minister za zdravje **Aleš Šabeder** je poudaril, da imajo vodstva zdravstvenih ustanov, zdravniki, medicinske sestre, ostali zdravstveni delavci in tudi ministrstvo ter minister veliko avtonomije pri sprejemanju odločitev. Izpostavil je še, da kot minister res predstavlja izvršilno vejo oblasti, kjer se politike in odločitve formalno potrjujejo, prepričan pa je, da se morajo odločitve o sistemskih spremembah oblikovati drugje – v stroki in z vsemi vpletenimi deležniki. Zelo pomembno se mu zdi, da vsi skupaj znamo pogledati dejstva, se pogovarjati, poslušati predstavnike različni strok, ugotoviti, kaj potrebujemo, nato pa razumeti svoje odločitve in se zavedati njihovih posledic. Le na ta način uspeh zdravstvene politike ne bo odvisen od enega ministra ali enega direktorja, ampak od vseh vpletenih deležnikov. Izrazil je prepričanje, da zdravstvo ne sme biti ujetnik posameznih ozkih skupin.



Udeleženci okrogle mize so poudarili, da še tako dobrih primerov iz ene države ni mogoče kar preslikati v drugo, kajti vsaka država ima svoje posebnosti in svoje organizacijske, kulturne, finančne in številne druge zakonitosti.

Ko bomo to dosegli, bodo največ pridobili pacienti oziroma celotna družba.

Direktor ZZZS **Marjan Sušelj** je tako v uvodu konference kakor tudi v zaključkih (na okrogli mizi) opozoril na pomen vlaganja v podatke in informacije, saj prav to pomeni vlaganje v ključno infrastrukturo. Na podlagi podatkov, ki jih je mogoče izluščiti iz številnih stikov z bolniki, podatkov o novih zdravstvenih tehnologijah in njihovi učinkovitosti, o učinkovitosti zdravil, se je mogoče bolj kompetentno in bolj odgovorno odločati, kaj bomo uporabljali oziroma česar ni smiselno uvajati v slovenski prostor.

V tem pomenu je bila konferenca pomemben prispevek k naslavljanju tovrstnih vprašanj in izzivov. Vsebinsko poln program, ki so ga sestavljali udeleženci z izkušnjami iz prakse vodenja zdravstvenih sistemov pa tudi tisti iz akademskih okolij, je prispeval nekatere ključne odgovore. Z bogatimi predstavitvami in izvirnimi zaključki so na

konferenci sodelovali številni strokovnjaki iz Slovenije in tujine. **Dorjan Marušič** (minister za zdravje Republike Slovenije 2010–2011, svetovalec za področje zdravstva) je temo *Z dokazi podprt zdravstveni management* umestil v kontekst izziva na dodani vrednosti temelječega zdravstva (angl. *value-based healthcare*). Upoštevanje dokazov nam omogoča, da smo lahko bolj učinkoviti pri skrbi za zdravje prebivalstva. **Prof. Petra Došenovič Bonča** (Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani) je s predavanjem *Spodbude za z dokazi podprto odločanje v zdravstvu* k temu dodala, da je učinkovitost le del enačbe. Najprej je treba postaviti cilje (v zdravstvenemu sistemu ali zdravstveni organizaciji), temu pa mora slediti ukrepanje, vključno z vzpostavitvijo sistema spodbud za doseganje teh ciljev. **Prof. Dušan Keber** (svetovalec za področje zdravstva v mednarodnem okolju) nas je s predavanjem *Z dokazi podprt zdravstveni management, pogled z druge strani* spomnil, da cilji izhajajo iz naših vrednot. Na podlagi družbenih vrednot se odločamo, kako visoko bomo



Vsebinsko poln program, ki so ga sestavljali udeleženci z izkušnjami iz prakse vodenja zdravstvenih sistemov pa tudi tisti iz akademskih okolij, je prispeval nekatere ključne odgovore.

postavili cilje dostopnega in solidarnega zdravstvenega sistema in kam bomo pri tem umestili željo po večji učinkovitosti ali zmanjševanju stroškov. **Dominika Oroszy** (UKC Ljubljana) in **Peter Pustatičnik** (Telekom Slovenije) sta nam s predstavitvijo *Slovenske izkušnje pri odločanju na podlagi dokazov: pametni sistem integrirane zdravstvene oskrbe in oskrbe na domu – obvladovanje kroničnih bolezni na podlagi dokazov* prikazala primer uvedbe inovacije v praksi. Poudarila sta, da akademske raziskave pogosto ne ponudijo vseh potrebnih odgovorov in da je včasih pilotna uvedba novosti najbolj učinkovita (ali pa nujna) podlaga za sprejem pravih odločitev v zdravstvu. Omenjeno je prav tako tematizirala **prof. Ellen Nolte** (Oddelek za raziskave in politiko zdravstvenih storitev, Londonska šola za higieno in tropsko medicino), v predavanju *Učenje na podlagi izkušenj: kaj vemo, kaj ne vemo in kaj bi morali vedeti*, v katerem je poudarila pomen razumevanja širšega konteksta, v katerem se spremembe oz. odločitve o spremembah sprejemajo. Pri tem je izpostavila

la predlog raziskovalne agende na področju raziskovanja zdravstvenih sistemov in zdravstvenih storitev v EU, ki je trenutno v javni razpravi. **Tanja Kuchenmüller** (WHO) je s predavanjem *EVIPNet in oblikovanje na dokazih podprte zdravstvene politike* prispevala vidik sorodnega področja, in sicer oblikovanje zdravstvenih politik na podlagi dokazov. V predstavitvi je omenila številna orodja in pristope, ki se lahko prenesejo tudi na področje managementa v zdravstvu. **Prof. Niek Klazinga** (Amsterdam UMC, Univerza v Amsterdamu) je s predavanjem *Od merjenja do uvajanja sprememb* orisal številne pristope, ki lahko bistveno pripomorejo k izboljšanju kakovosti obravnave v bolnišnici na podlagi pravih podatkov. Omenil je, na primer, pomen informacijske infrastrukture za pravočasno in enostavno pridobivanje podatkov, potrebnih za odločanje in to na način, ki zahteva najmanjši možen napor vpletenih, zlasti zdravstvenih delavcev.

Damir Ivanković (Amsterdam UMC, Univerza v Amsterdamu) in **Niek Klazinga** (Amsterdam UMC,

POROČILO

PROGRAM IZMENJAVE VODILNIH V ZDRAVSTVU HOPE

POROČILO IZ ŠVICE

Udeležene: Bojan Veberič, Univerzitetni klinični center Ljubljana, strokovni sodelavec – področje izobraževanje

Kraj izmenjave: Rheinfelden, Zürich

Trajanje: 5. 5. 2019–31. 5. 2019

Opis lokalnega zdravstvenega sistema

Dolžnosti in odgovornosti v švicarskem zdravstvenem sistemu so razdeljene med zveznim, kantonalnim in komunalnim nivojem oblasti. Sistem je decentraliziran, glavno vlogo imajo kantoni, ki so odgovorni za licenciranje izvajalcev zdravstvenih storitev, koordinacijo bolnišničnih storitev, promocijo zdravja in preventivne dejavnosti. Kantoni imajo suverenost na področjih, ki niso posebej opredeljena na nivoju države, tako tudi na področju zdravstva. Vsak od kantonov ima svojega ministra za zdravje, ki so povezani v Švicarsko konferenco kantonalnih ministrov za javno zdravje. To telo ima pomembno vlogo pri koordinaciji zdravstvenega sistema. Javno zdravstveno zavarovanje je obvezno. Vse izdatke države krije splošni davek. Zdravstveno zavarovalnico nadzoruje Zvezni urad za javno zdravje. Poleg Javnega zdravstvenega zavarovanja obstaja še privatno zdravstveno zavarovanje (delež zavarovanih v privatnem delu je po podatkih OECD v primerjavi z ostalimi državami dokaj visok).

Evalvacija

Tako na nivoju upravljanja zdravstvenih ustanov kot tudi na nivoju izvajanja storitev so kakovostne informacije bistvenega pomena. Že pri načrtovanju zbiranja podatkov je treba imeti natančen cilj, ki je glavno vodilo pri zbiranju podatkov.

Glavno spoznanje je, da je informacije treba deliti in primerjati. Primerjava podatkov pogosto pokaže razlike, ki obstajajo na mednarodnem ali nacionalnem nivoju, in to je treba pri sprejemanju odločitev tudi upoštevati.

Primeri dobrih praks

Prikazani primeri dobrih praks v Rehabilitacijski kliniki Rheinfelden:

- področje razvoja in raziskovanja, kjer sodelujejo z izobraževalnimi ustanovami na področju nevrološke rehabilitacije,
- postopek evalvacije ob sprejemu in pripravi programa terapij (evalvacijo ob sprejemu pacienta naredi »Patientenmanager«, podatki so podlaga za pripravo načrta terapij med bivanjem v kliniki),
- center za nevrološko rehabilitacijo, kjer poteka ambulantna obravnava uporabnikov, katerega cilj je uporabnika usposobiti v največji možni meri za samostojno bivanje,
- področje vodenja in upravljanja (razvoj kadrov, socialno delo, izobraževanje zdravnikov in ostalih profilov, supervizija terapevtov in zaposlenih v zdravstveni negi, kontroling, trženje in delo službe za komuniciranje).

Klinika je prepoznala, da poleg ustreznih terapevtskih ukrepov tudi prijetnejše okolje vpliva na hitrejšo in uspešnejšo terapijo, zato so investirali v bivalne pogoje in prehrano.

Prikazani primeri dobrih praks v Univerzitetni bolnišnici Zürich (USZ):

- predstavitev urgence, enote za prostovoljno delo, oddelka za ginekologijo in porodnišnico, programa za »bed management«, bolnišnico za pediatrično rehabilitacijo Affoltern,
- predstavitev enote za koordinacijo v izrednih situacijah, npr. v primeru terorističnega napada ali množične nesreče,
- področje varovanja pred bolnišničnimi okužbami,
- predstavitev oddelka za e-izobraževanje in simulacijskega centra,
- predstavitev oddelka za primer kontakta z bolnikom, okuženim z virusom, ki povzroča ebolo (oddelka na srečo še ni bilo treba aktivirati, so pa izvedli že več simulacij, na podlagi katerih so ocenili reakcijski čas),
- predstavitev nove gradnje bolnišnice na letališču Zürich (CIRCLE), ki bo namenjena dnevni obrnavi bolnikov,
- predstavitev načrta gradnje nove USZ.

POROČILO IZ IRSKE

Udeleženska: Klavdija Peternelj, Univerzitetni klinični center Ljubljana, medicinska sestra – koordinator za izobraževanje

Kraj izmenjave: Dublin

Trajanje: 6. 5. 2019–31. 5. 2019

Opis lokalnega zdravstvenega sistema:

Irsko javno zdravstvo je organizirano znotraj Health Service Executive (HSE). Na strateški ravni izvajajo načrtovanje zdravstvene oskrbe, nazadnje so oblikovali akcijski načrt 2019 *Slaintecare*, ki so ga potrdili tudi vsi politični akterji in sindikati.

Standarde in protokole za vse javne zavode na Irskem oblikuje HSE (in ne vsaka ustanova posebej), s čimer zagotavljajo enoten standard zdravstvene oskrbe. Nudijo nasvete za klinična vprašanja. V javnih zdravstvenih zavodih izvajajo izobraževanja za zaposlene. Operativno raven predstavljajo izvajalci. Navodila HSE so za javne zdravstvene zavode zavezujoča. Zelo velik poudarek in vodilo pri vseh aktivnostih HSE je korist za pacienta in izida njegovega zdravljenja. Dejavnost HSE se krije iz proračuna države. Ob tem ima kar 44 % prebivalcev Irske tudi zasebno zavarovanje, predvsem zaradi krajših čakalnih dob pri zasebnikih. Zasebni del zdravstva nudi podporo javnemu.

Zaključki na evalvacijski konferenci

Na evalvacijski konferenci smo poudarili zavzetost irskih zdravstvenih delavcev in profesionalnost zdravstvene nege. Visoke položaje v zdravstvu (CEO bolnišnic) zelo pogosto zasedajo vodje iz vrst zdravstvene nege. Njihova zdravstvena politika je usmerjena v pacienta. Izsledke raziskav je treba uporabljati tako na strateški kot operativni ravni.

Prikazani primeri dobrih praks:

- predstavitev projekta in nadaljnjih aktivnosti delovne skupine za varno kadrovanje v zdravstveni in babiški negi, ki usklajuje razpoložljiv kader, število ter posebne potrebe pacientov,
- predstavitev aktivnosti za razvoj specialističnih programov zdravstvene nege in programov napredne zdravstvene in babiške nege na ministrstvu za zdravje,
- predstavitev inšpekcijskega organa Health Information and Quality Authority – HIQA v Dublinu in njihovih pristojnosti glede inšpekcijskih nadzorov zagotavljanja minimalnih standardov,
- predstavitev Primarnega centra v Athlonu, ki deluje v skladu z iniciativo *Healthy Ireland*; precejšen izziv jim predstavlja krepitev podpornih aktivnosti po odpustu pacienta iz bolnišnice (angl. »enhanced hospital discharge supports«),
- udeležba na regionalnem zdravstvenem forumu v Tullamoru, kjer je potekala razprava o preprečevanju debelosti otrok. Tovrstne forume izvajajo mesečno, javnost je tako bolj vključena v politične odločitve,
- predstavitev in ogled bolnišnice Midland Regional Hospital v Tullamoru,
- ogled bolnišnice St. Luke's in sodelovanje na raziskovalnem dnevu,
- ogled bolnišnice South Tipperary General Hospital, predstavitev dokumentacije zdravstvene nege, osnovane na konceptu 'skrbne zdravstvene nege', ki se uporablja v ustanovah HSE Cork,
- seminar o kampanji *End PJ paralysis* o poslabšanju zdravstvenega stanja zaradi bivanja v bolnišnici, kjer so poudarjali pomen zgodnje mobilizacije, ustrezne prehranske podpore in spodbude za okrevanje,
- predstavitev protokola SAFER za hitrejši pretok pacientov v bolnišnici Cork University Hospital (CUH) (v drugih bolnišnicah managerji posteljnih mest ročno vodijo zasedenost in pretok pacientov s pomočjo bele table piši - briši),
- predstavitev simulacijskega centra CUH,
- predstavitev študije v teku o prehabilitaciji za doseganje pospešenega okrevanja po operaciji v bolnišnici St. James's v Dublinu; predstavili so študijo o prehabilitaciji, kjer s pomočjo fizioterapije že v predoperativnem času pacientu izboljšajo funkcionalni in psihološki status, kar je eden od ukrepov za doseganje pospešenega okrevanja po operaciji,
- predstavitev in ogled inštituta Mercer's Institute for Successful Aging v bolnišnici St. James's v Dublinu, kjer obravnavajo geriatrične paciente. Posebno pozornost posvečajo preventivi padcev, zdravju kosti in podpori pri začetnih fazah demence,
- seminar s področja vodenja v zdravstvu; izveden je bil na Inštitutu za vodenje Royal College of Surgeons v Dublinu.



Zahvaljujemo se vsem nastopajočim, ki so bili pripravljeni prek predavanj deliti svoja znanja in izkušnje. (Na fotografiji: Dorjan Marušič, minister za zdravje Republike Slovenije 2010–2011, svetovalec za področje zdravstva)

Univerza v Amsterdamu) sta vodila izjemno zanimivo delavnico *Uporaba dokazov pri upravljanju zdravstvenih organizacij*. V okviru delavnice so bili prikazani preliminarni rezultati ankete o uporabi podatkov v managementu, ki je bila izvedena med sodelujočimi na letošnji izmenjavi HOPE. Ob tem je potekalo tudi virtualno glasovanje v živo, ki je med drugim pokazalo, da bi večina prisotnih uporabljala razpoložljive podatke v večji meri, če bi bila prepričana o njihovi verodostojnosti. Hkrati pa je večina menila, da so že obstoječi podatki premalo uporabljeni. Poleg pomena krepitve kakovosti podatkov so udeleženci izrazili tudi željo po izboljšanju lastnih kompetenc pri obdelavi in uporabi podatkov v procesu odločanja.

V okviru okrogle mize *Dokazi in odločevalci: sodelovanje različnih deležnikov* na zaključku konference so sodelovali dr. **Tanja Španič** (Europa Donna Slovenija), prof. **Niek Klazinga**, (Amsterdam UMC, Univerza v Amsterdamu), dr. **Saša Kadivec**, (Klinika Golnik), **Teodor Žepič** (v. d. direktorja UKC Ljubljana) in **Mar-**

jan Sušelj (generalni direktor ZZZS). Okroglo mizo je odlično povezoval in moderiral programski vodja konference **Mircha Poldrugovac** (Amsterdam UMC, Univerza v Amsterdamu). Udeleženci okrogle mize so prepoznali pomen in vlogo dokazov oz. podatkov pri odločanju vseh vpletenih v odločanje v zdravstvu (zdravstvenih delavcev, managementa in tudi plačnika storitev). Poudarili so, da morajo raziskave slediti potrebam uporabnikov, na katere se raziskave nanašajo, zavedati pa se moramo, da imajo raziskave na področju zdravstvenih storitev in zdravstvenih sistemov številne omejitve, saj jih pogosto ni mogoče oblikovati kot klasične poskuse. Sodelujoči so priznali tudi pomen vključevanja pacientov v odločanje v zdravstvu, tudi na področju raziskovanja. Preden lahko proučimo razpoložljive dokaze, pa se moramo vprašati o naših ciljih, ki izhajajo iz naših vrednot, so še dodali, kar pa je bilo spoznano že na začetku konference. Zaključili so, da je cilje zdravstvenega sistema treba postaviti v sodelovanju z njihovimi uporabniki, torej pacienti.



Konferenca je pomenila tudi zaključek letnega programa evropskih izmenjav, v okviru katerih managerji zdravstvenih organizacij za en mesec obiščejo drugo državo, kjer se seznanijo s praksami gostiteljev, na konferenci pa predstavijo svoje izkušnje.

V tej številki Novisa objavljamo intervju z **Mircho Poldrugovcem** o vsebini celotne konference, predstavitve predavateljev pa so objavljene na spletni strani konference www.hope.be.

PROGRAM IZMENJAVE

Konferenca je pomenila tudi zaključek letnega programa evropskih izmenjav, v okviru katerih managerji zdravstvenih organizacij za en mesec obiščejo drugo državo, kjer se seznanijo s praksami gostiteljev, na konferenci pa predstavijo svoje izkušnje. Letos so tako v Sloveniji gostovali trije predstavniki tujih držav (Španija, Irska, Estonija), programa izmenjave pa sta se udeležila dva slovenska udeleženca (njuna povzetka najdete v nadaljevanju, op. ur.).

KONFERENCA HOPE AGORA 2019 JE LAHKO V PONOS VSEM, KI SO KAKORKOLI PRISPEVALI K NJENI URESNIČITVI

Zahvaljujemo se vsem nastopajočim, ki so bili pripravljeni prek predavanj deliti svoja znanja in izkušnje.

Zahvaljujemo se glavnim organizatorjem dogodka. To so **Simon Vrhunec**, slovenski guverner HOPE, idejni vodja tega dogodka v Sloveniji, **Mircha Poldrugovac**, ki je zaslužen za izjemno bogato in kakovostno vsebino konference, **Maja Zdolšek**, ki je vodila programski in organizacijski odbor, **Pascal Garel**, direktor HOPE, ki je nudil vsebinsko in tehnično podporo.

Zahvaljujemo se **spozorjem**, ki so izvedbo dogodka omogočili. To so HOPE, Zavarovalnica Triglav, Philips Office Slovenija, Krka, Siemens, SRC Infonet, Interexport, Roche, Better by Marand, Adriatic Slovenica, Radenska in Janssen, farmacevtski del Johnson & Johnson, partner dogodka Telekom Slovenija in soorganizatorja Ministrstvo za zdravje ter Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenija.

Še posebej toplo se zahvaljujemo vsem udeležencem, ki so omogočili, da je srečanje nastalo in potekalo v ustvarjalnem in prijateljskem vzdušju.



ZDI SE MI, DA SMO V ZADNJEM ČASU PRIČA RAZVREDNOTENJU ZNANOSTI IN DOKAZOV

POGOVOR Z MIRCHEM POLDRUGOVACEM, PROGRAMSKIM
VODJEM KONFERENCE HOPE AGORA 2019

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

Magistriral je na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Po magisteriju in pripravništvu je začel delati kot svetovalec na takratnem Oddelku za kakovost na ministrstvu za zdravje. Po treh letih je začel specializacijo iz javnega zdravja in se zaposlil na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, kjer je ostal do leta 2018. Oktobra lani se je vpisal na doktorski študij na področju uporabe kazalnikov kakovosti v dolgotrajni oskrbi na Univerzi v Amsterdamu v okviru evropskega konzorcija HealthPros. Poleg kakovosti in varnosti v zdravstvu se je profesionalno posebej posvetil področju z dokazi podprtega oblikovanja zdravstvenih politik.

»Z dokazi podprta medicina« je pojem, ki nam je vsem domač in razumljiv. Šele v zadnjem času pa se v ospredju pojavlja tudi »z dokazi podprto odločanje v zdravstvenem managementu«, kar je bila tema letošnje konference. Nam lahko na kratko razložite, kako sploh razumeti ta naslov?

V obeh primerih gre za vrsto pristopov, s katerimi želimo zagotoviti, da bomo pri svojih odločitvah upoštevali najnovejša znanstvena dognanja, seveda na različnih področjih. Vendar medicina izhaja iz tradicije naravoslovnih ved, management pa iz družbenih. V naravoslovnih vedah je vloga znanstvenih dokazov, ki temeljijo na poskusih, bistveno večja. V managementu pa moramo poleg znanstvenih dokazov neizbežno upoštevati tudi vrsto drugih spremenljivk, na primer izkušnje vpletenih, naša predvidevanja o posledicah naših odločitev na vedenje vpletenih in številne druge dejavnike, ki jih nekateri pojmujejo kot neizrečeno znanje (angl. *tacit* ali *colloquial knowledge*). Upoštevanje virov informacij v zdravstvenem managementu zahteva nekoliko drugačen pristop kot smo ga vajeni v medicini.

Zakaj se vam zdi tako pomembno, da to temo postavljamo v ospredje?

Zdi se mi, da smo v zadnjem času priča razvrednotenju znanosti in dokazov. Skrajni pojav so osebe, ki danes na primer trdijo, da je Zemlja ploščata. Vse pogosteje pa zasledimo dvome o vlogi človeka pri podnebnih spremembah ali dvome o učinkovitosti cepiv. Znanost ponuja povsem jasne odgovore na ta vprašanja. Ne ponuja pa vseh odgovorov. Treba je namreč priznati, da nam pogosto ni jasno, katera odločitev v zvezi z določeno aktivnostjo ali temo nas bo najhitreje pripeljala do zelenega cilja. Konferenca je bila tako priložnost za izmenjavo mnenj in izkušenj o tem, kako se sprejemajo odločitve v zdravstvenem managementu v različnih okoljih v Evropi, kako se upoštevajo znanstveni dokazi in kako se upoštevajo znanje in izkušnje deležnikov.

Kaj so glavna sporočila konference?

Prvo sporočilo je zagotovo to, da mora biti vodenje v zdravstvu podprto z dokazi in utemeljeno na podatkih. To je toliko bolj pomembno, ker novosti v zdravstvu v povezavi z vedno daljšo življenjsko dobo prinašajo dodatne stroške, ki jih je treba učinkovito obvladovati.

Druga ugotovitev je, da v e-zdravje, ki predstavlja osnovo za učinkovito zbiranje podatkov, še ne vlagamo dovolj; niti v Sloveniji niti po drugih evropskih drža-

V managementu pa moramo poleg znanstvenih dokazov neizbežno upoštevati tudi vrsto drugih spremenljivk, na primer izkušnje vpletenih, naša predvidevanja o posledicah naših odločitev na vedenje vpletenih in številne druge dejavnike, ki jih nekateri pojmujejo kot neizrečeno znanje (angl. tacit ali colloquial knowledge).

vah. Ustrezna informacijska infrastruktura je nujna za z dokazi podprto odločanje, saj olajša postopke zbiranja podatkov ter omogoča hitre in poglobljene analize.

Tretje sporočilo je, da je temelj na dokazih podprtega odločanja medsebojno zaupanje vseh vpletenih. Brez zaupanja ni mogoče razpravljati o dokazih, saj ne bomo verjeli tistim, ki dokaze predstavljajo.

Četrto sporočilo je, da ni mogoče ponuditi preprostih in hitrih rešitev, ki bi veljale za vse zdravstvene organizacije v Evropi. Udeleženci so sami poudarili, da še tako dobrih primerov iz ene države ni mogoče kar

preslikati v drugo državo, kajti vsaka država ima svoje posebnosti in svoje organizacijske, kulturne, finančne in številne druge zakonitosti.

Izmenjave HOPE so namenjene predvsem spoznavanju dobrih (in slabih) praks, ki jih udeleženci, vodilni v zdravstvu, prinesejo »s terena«. Katere so bile tiste

Ustrezna informacijska infrastruktura je nujna za z dokazi podprto odločanje, saj olajša postopke zbiranja podatkov ter omogoča hitre in poglobljene analize.

prakse, ki so se vam zdele še posebej zanimive?

V številnih evropskih državah se v medicini preizkušajo nove tehnologije skupaj s pojavom t. i. personalizirane medicine, torej prilagoditve zdravstvene oskrbe posamezniku. V Estoniji se denimo odvija izjemno zanimiv projekt zbiranja bioloških vzorcev pomembnega dela prebivalstva, z namenom, da skozi genomske analize izboljšajo zdravje populacije. Slišali smo, da trenutno poteka diskusija o tem, da bi to podatkovno bazo uporabljali za prepoznavanje žensk z večjim tveganjem za razvoj raka dojke.

Prav tako smo slišali o projektu za izboljšanje integrirane oskrbe pacientov s pomočjo podpore IKT in telemedicinskih pristopov. Govorili smo o projektu preoblikovanja postopka sprejema pacientov v nemški bolnišnici in o izboljšanju postopkov transporta pacientov znotraj bolnišnice v Franciji. V teh primerih so bile predstavljene zelo konkretne organizacijske spremembe, ki so bile uvedene za izboljšanje učinkovitosti obravnave pacientov.

Program izmenjave udeležencev se mi zdi resnično koristen del znanstvene konference. Primeri slikovitih predstavitev lahko spodbudijo razmislek pri drugih udeležencih konference, ki se morda sami soočajo s podobnimi težavami, in ocenijo, da bi kakšnega izmed predstavljenih pristopov lahko uvedli tudi v lastnem okolju. Temu morajo slediti zbiranje podrobnih informacij o predstavljenih rešitvah in izkušnjah, pogovori s ključnimi akterji, na katere bi spremembe vplivale, in ostali postopki, ki bi lahko privedli do realizacije sprememb.

V središču prav vseh predstavitev je bil pacient ali aktiven državljan v središču zdravstvenega sistema.

Res je. Slišali smo o antropoloških metodah za vključevanje državljanov pri odločanju o zdravstvenem sistemu na Danskem in o raziskavi preferenc pacientov pri izbiri proizvajalca medicinskih pripomočkov v Španiji. V teh primerih gre za prakse, ki morda niso prenosljive v slovensko okolje, kjer je kultura javne razprave drugačna kot na Danskem in je zakonodaja na področju izbire medicinskih pripomočkov drugačna od Španske. Morda pa so bili ti primeri navdih za tiste udeležence, ki na te postopke lahko vplivajo.

Najbrž vas udeleženci konference, torej odločevalci v zdravstvu, niso pozabili opozoriti na to, da takšne novice predstavljajo tudi grožnjo za dolgoročno vzdržnost zdravstvenih sistemov?

Seveda, saj so novice pogosto povezane z visokimi dodatnimi stroški. Prav zaradi tega je objektivni pristop uvajanja novosti, ki je podprt z dokazi, ključen pri razpravi o razvoju zdravstvenega sistema. Tako so številni udeleženci izmenjave poudarili pomen postopkov vrednotenja zdravstvenih tehnologij. Gre pa za postopke, skozi katere lahko s pomočjo vnaprej dogovorjene metodologije z različnih vidikov primerjamo novice v zdravstvu, od denimo novih zdravil do organizacijskih sprememb. Na takšen način se odločevalci lažje odločijo, katere novice prioriteto uvesti v zdravstveni sistem.

Najbrž pa je pri tem potrebna tudi visoka stopnja zaupanja.

Tako je, obiskovalci nekaterih držav, kot sta Danska in Nizozemska, so nam predstavili pomen visoke ravni vzpostavljenega zaupanja v tamkajšnjih zdravstvenih organizacijah med vpletenimi deležniki, zlasti med zaposlenimi in odločevalci v bolnišnicah. Pri njih posledično dosegajo visoko stopnjo odprtosti osebja do preizkušanja novih rešitev oz. do uvedb sprememb pri odpravljanju prepoznanih težav.

Prof. Dušan Keber je v svojem predavanju poudaril tudi vprašanje etike v tovrstnem odločanju. Kako pa o tem razmišljate vi?

Predavanje prof. Kebrja sem razumel kot opomnik, da znanost ni nadomestilo za moralo. Moralne in etične vrednote so tiste, ki nam narekujejo, kaj želimo doseči kot družba in kaj kot posamezniki. Ali si želimo zdravstveni sistem, ki je dostopen vsem, ne glede na prihodke in kraj bivanja? Ali si želimo učinkovit zdravstveni sistem? Kaj nam je pomembnejše – da je sistem učinkovit ali da je enako dostopen vsem? Včasih je treba izbrati med enim in drugim. Podatki in dokazi nam lahko pomagajo pri izostritvi slike, da nam je bolj jasno, med katerimi možnostmi pravzaprav izbiramo.

Končna odločitev pa vedno izhaja iz naših ciljev, ki pa izhajajo iz naših vrednot.

V zaključku konference ste kot vodja programskega dela konference tudi sami moderirali okroglo mizo na temo Dokazi in odločevalci: sodelovanje različnih deležnikov. Kaj so bile glavne dileme in spoznanja udeležencev?

Pri okrogli mizi so sodelovali predstavniki različnih strok in so tako zavzemali različne vloge v zdravstvenem sistemu. Spodbudno je bilo slišati, da so sodelujoči, zlasti tisti v vlogah odločevalcev, zavezani k proučitvi dokazov oz. podatkov. Ob tem bi dodal še svojo interpretacijo razprave na okrogli mizi. Dobil sem vtis, da je v slovenskem prostoru ključnega pomena formalna opredelitev odnosov med deležniki skozi zakone, pravilnike, odbore ipd. Prednost takega pristopa vidim v transparentnosti pri ugotavljanju pristojnosti in odgovornosti, slabost pa v nenaklonjenosti širokega kroga deležnikov do prevzemanja odgovornosti za sprejete odločitve.

Tema letošnje konference HOPE Agora je bila zelo dobro sprejeta.

Res je, kazalnik tega je nenazadnje zelo številna ude-

Brez zaupanja ni mogoče razpravljati o dokazih, saj ne bomo verjeli tistim, ki dokaze predstavljajo.

ležba, saj je bila to ena izmed najbolj obiskanih konferenc v zgodovini HOPE Agora. Trenutno poteka razprava o tem, da bi tudi naslednje leto na tej konferenci obravnavali isto temo. To je za nas seveda veliko priznanje, da nam je uspelo v ospredje postaviti tako pomembno področje tudi v mednarodnem okolju.

PRAVILNE ODLOČITVE – OSNOVA ZA RAZVOJ SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU (DEVZ) JE 23. IN
24. MAJA 2019 ORGANIZIRALO ŽE 26. STROKOVNO SREČANJE.
TOKRAT JE DOGODEK POTEKAL V BOHINJSKI BISTRICI.

JOŽE VETERNIK

OZG Kranj

Kako zelo je pomembno sprejemanje pravih odločitev, kaže trenutno dogajanje v družinski medicini, še posebej v Kranju, kjer je 24 zdravnikov podalo odpoved pogodbe o zaposlitvi zaradi nepremišljene odločitve ob sprejemanju splošnega dogovora za leto 2019. Žal smo v Sloveniji že vrsto let priča številnim obljubam vseh - politikov, stroke, plačnika zdravstvenih storitev, sindikatov, javnosti, raznih društev in civilnih gibanj, da je nujno potrebno pripraviti reformo zdravstvenega sistema. Vsi se zavedamo, da je trenutni zdravstveni sistem v svojem temelju dober, tudi v primerjavi s številnimi evropskimi sistemi, kar nam na Gorenjskem vsakodnevno povedo številni tujci, ki kot turisti obiščejo zdravstvene ustanove, vendar zahteva nekatere ključne spremembe, zlasti pri organizaciji, vodenju, transparentnem in pravilnem določanju cen zdravstvenih storitev in nazadnje ključni odločitvi, ali bo slovensko zdravstvo pretežno javno ali zasebno.

Vodstvo Društva ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu že vrsto let pri organizaciji vsakoletnih srečanj umešča te aktualne in nerešene vsebine na dvodnevne seminarje, saj se zavedamo, da zdravstveni sistem potrebuje dobre in pravilne, v zadnjem času pa tudi hitre odločitve. Vrsto let se je zdravstveni sistem soočal z velikim pomanjkanjem finančnih sredstev, trenutno pa ni več ključni problem denar, ampak pomanjkanje kadra, še zlasti zdravnikov na primarni ravni in določenega nego-

valnega kadra na sekundarni in terciarni ravni. To pa je pomembno večji problem od pomanjkanja sredstev, saj za pridobitev dodatnega kadra sistem potrebuje nekaj let ob pogoju stabilnega financiranja sistema.

V uvodu srečanja je predsednica društva **Helena Ulčar Šumčič** pozdravila udeležence in povedala, da bo dvodnevno srečanje v Bohinju skušalo odgovoriti na nekaj vprašanj, ki so in bodo povezana s pravilnim odločanjem o poteh in smereh razvoja slovenskega zdravstva. Udeležence je pozdravil tudi župan občine Bohinj, **Jože Sodja**.

Uvodno predavanje na dvodnevnem srečanju je imela **mag. Eva Helena Zver**, ki je zaposlena v Uradu RS za makroekonomske analize in razvoj. Predstavila je *področje neenakosti v finančni dostopnosti do zdravstva v Sloveniji* z vidika mednarodnih primerjav. Zagotavljanje enakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev je zagotovo eden ključnih ciljev zdravstvene politike. Pomembne so tri dimenzije dostopnosti, in sicer finančna, časovna in geografska. V svojem predavanju se je osredotočila zlasti na področje finančne dostopnosti, ki je pogosto v večini držav temeljni vzrok nezadovoljenih potreb po zdravstvenih storitvah. Težave v dostopnosti iz finančnih razlogov se pojavijo zaradi neposrednih izdatkov »iz žepa«, ki presegaajo zmoglosti gospodinjstva za njihovo plačilo. Po metodologiji SZO

se ugotavlja, da je v Sloveniji finančna zaščita prebivalstva zelo dobra, hkrati je tudi neenakost v finančni dostopnosti manjša kot v večini evropskih držav. Če se upoštevajo tudi plačila za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, se neenakost v višini potrošnje za zdravstvo nekoliko poslabša. Pri tem so relativno dobro zaščitena socialno ogrožena gospodinjstva. Zaradi podaljševanja čakalnih dob se je v Sloveniji v zadnjih letih povečala neenakost v finančni dostopnosti do zdravstvenih storitev. Razlike v potrošnji za zdravje med revnejšimi in bolj premožnimi se povečujejo. Gospodinjstva, ki si finančno lahko privoščijo večje izdatke »iz žepa«, vse bolj pogosto posegajo po zdravstvenih storitvah izven javne zdravstvene mreže.

Dušan Jošar z Ministrstva za zdravje je predstavil tematiko z naslovom *Primarno zdravstvo v prihodnosti*. V letu 2019 je za osnovno zdravstveno varstvo predvideno 489,43 mio eur sredstev, kar predstavlja 16 % vseh odhodkov ZZZS. V primerjavi z letom 2018 naj bi se sredstva povečala za 31,63 mio eur oz. za 6,91 %. V Sloveniji deluje 57 javnih zdravstvenih domov, katerih ustanoviteljice so občine in ZD za študente Univerze v Ljubljani, katerega ustanovitelj je Republika Slovenija. V obdobju 2007-2017 se je število vseh zaposlenih v primarnem zdravstvu povečalo za 2.287, to je kar 36,43 %, od tega: zaposleni v zdravstveni negi - za 1.314 oseb (to je za 37,9 %), zdravniki za 516 oseb (to je za 45,9 %), ostali zaposleni za 326 oseb (to je za 26,8 %), zobozdravniki za 131 oseb (to je za 28,0 %).

V letu 2017 je število obiskov na primarni ravni znašalo 8.919.328 in se je v primerjavi z letom 2007 znižalo za 4,1 %. Število obiskov na primarnega zdravnika v Sloveniji je v letu 2016 znašalo 2.223 (to je 8,9 obiska na dan pri 250 delovnih dneh), v EU23 pa je število obiskov znašalo 2.147 (to je 8,6 obiska na dan), ker pomeni, da Slovenija za 3,5 % presega povprečje EU23. V obdobju od leta 2007 do 2017 se je povprečno število družinskih zdravnikov na 100.000 prebivalcev povečalo z 41 na 60, kar je 48 % povečanje. Temeljni problem v zadnjih dveh letih na področju družinske medicine je zelo nizka prijava kandidatov za specializacijo iz družinske medicine, saj ostaja kar 80 % razpisanih mest nezasedenih.

V letu 2019 naj bi specializacijo zaključili 104 specializanti družinske in splošne medicine, ki naj bi vstopili v javni sistem. V naslednjih treh letih se pričakuje letno 60 do 80 novih specialistov na leto, kar pomeni, da bo pričakovano število specialistov družinske in splošne medicine v letu 2022 (upoštevaje predvidene upokojitve) 1063 oz. 103 specialisti več kot jih je v sistemu danes.

Kakšno naj bo primarno zdravstvo v prihodnosti? Temeljna opredelitev je, da mora biti pacient na prvem

mestu, da mora primarno zdravstvo ohraniti vlogo »vratarja v sistem«, okrepiti je treba tudi vlogo referenčnih ambulant. Družinska medicina mora biti temelj za stabilno zdravstveno varstvo v Sloveniji.

Marjan Pintar, direktor Združenja zdravstvenih zavodov je predstavil tematiko *skupna baza cen kot orodje za izboljšanje procesov*. V uvodu je poudaril, da stroški za zdravstvo naraščajo povsod v svetu zaradi staranja prebivalstva, razvoja medicine in farmacije, sodobne opreme, krepitve preventivnih pregledov, kjer se odkrijejo nove bolezni itd. Posledično se povečujejo izdatki za zdravstvo v vseh državah v družbenem bruto produktu, povečujejo pa se tudi izdatki »iz žepa«. V Sloveniji so javni viri za financiranje zdravstva, katere upravlja ZZZS omejeni, saj se ta ne sme zadolžiti, prtok sredstev neposredno iz proračuna pa je tudi zelo omejen. V letu 2019 se bodo razpoložljiva sredstva povečala za 6 %, od tega največ za zdravila, MTP in nadomestila. Ker so sredstva za javne zavode omejena, posloводства vse težje zagotavljajo pozitivno poslovanje. Izziv je, kako vzpostaviti učinkovit in stroškovno vzdržen zdravstveni sistem in kako z razpoložljivimi viri dosegati stroškovno učinkovito poslovanje. Potrebni so ukrepi, tako na nivoju države kot tudi na nivoju poslovodstev javnih zavodov. Stroški plač se v javnih zdravstvenih zavodih gibljejo med 51 % deležem v bolnišnicah do 68 % deleža v ZD, delež materialnih stroškov pa med 16 % deležem v ZD do 31 % deleža v bolnišnicah. Možnosti za zniževanje stroškov nudi tudi projekt skupne baze cen, ki se izvaja na Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije. Sistem je dober, potrebne pa so dopolnitve, vključitev vseh javnih zavodov, povezovanje z bazami v EU in vključitev v enotni informacijski sistem.

Mag. Mirko Stopar iz Direktorata za zdravstveno ekonomiko na Ministrstvu za zdravje je predstavil tematiko *Ali smo uspešni pri sanaciji bolnišnic?* V sistem sanacije je vključenih 15 bolnišnic. Skupni sanacijski rezultat je ocenjen na 80,6 mio eur, od tega znašajo ukrepi na področju zvišanja prihodkov 30 mio eur, ukrepi za znižanje stroškov pa 50,6 mio eur. Skupni doseženi finančni učinek bolnišnic v sanaciji v letu 2018 je bil 25 mio eur, kar je 3,65 % bolje od načrta. Planiran finančni učinek sanacije ni bil dosežen v treh bolnišnicah, in sicer v UKC Ljubljana, SB dr. Franca Derganca Nova Gorica in BGP Kranj. Od 15 bolnišnic v sanaciji jih je pet poslovno leto 2018 zaključilo s tekočim presežkom prihodkov nad odhodki (Onkološki inštitut Ljubljana, SB Izola, SB Novo mesto, SB Jesenice in SB Brežice). Leta 2018 so štiri bolnišnice v sanaciji poslovale s tekočim presežkom odhodkov nad prihodki, ki je presegel 3 % celotnih pri-

hodkov, in sicer BGP Kranj, kjer je bil presežek odhodkov nad prihodki kar 17,73 % celotnega prihodka, SB dr. Franca Derganca Nova Gorica, UKC Ljubljana in SB Celje. Bolnišnice v sanaciji so na dan 31. 12. 2018 skupaj izkazovale 51,8 mio eur neplačnih zapadlih obveznosti do dobaviteljev, kar je za 62,1% višji znesek od stanja na dan 31. 12. 2017. Nekatere bolnišnice imajo ponovno večje likvidnostne težave, čeprav so ob koncu leta 2017 prejele na osnovi posebnega zakona likvidna sredstva za plačilo svojih obveznosti. Nadzor nad sanacijo bolnišnic vodi sanacijski odbor, ki je do konca leta 2018 imel že 24 sej. Sanacija bolnišnic pa ima tudi svoje omejitve, saj sanacija ne bo dolgoročno uspešna, v kolikor bo odvisna le od izvedenih ukrepov sanacijskih uprav. Nujno bodo potrebni tudi drugi ukrepi racionalizacije, boljši informacijski sistem, skupno javno naročanje in odprava nepotrebnih naporitev za izvajanje diagnostičnih in drugih zdravstvenih storitev.

Mag. Karmen Grom Kenk z Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je predstavila tematiko z naslovom *Kako smo krepili primarno zdravstvo?* Predavanje je bilo v določenih delih podobno predavanju g. Jošarja iz Ministrstva za zdravje. V uvodu je povedala, da se je število priznanih timov družinske medicine od leta 2013 do maja 2019 v javnih zavodih povečalo iz 570,42 tima na 645,08 tima, kar je 13 % povečanje, pri koncesionarjih pa znižalo iz 285,48 v letu 2013 na 280,83. Zaradi slabih odločitev pri dodeljevanju novih timov v javno mrežo so se razlike v preskrbljenosti in Območnimi enotami ZZZS še povečevale, saj so nove time prejela tudi območja, ki so bila bolj preskrbljena. Stanje je najboljše na območju Murske Sobote, najslabše pa na območju Kranja, Ljubljane in Krškega. Povečuje se tudi število obiskov/zdravnika v ambulantah družinskega zdravnika, zlasti zaradi povečanja obiskov zavarovancev, starejših od 65 let. V letu 2018 je bilo povprečno pri zdravniku družinske medicine v javnem zavodu 9.547 obiskov, pri koncesionarju pa 10.450. Razlika je 10,5 %. V zadnjih petih letih so se odhodki ZZZS za družinsko medicino povečali za 40 mio eur, kar je 44 % povečanje. Povečanje stroškov je zlasti posledica vključitve programa referenčnih ambulant. V letu 2019 naj bi ZZZS dodatno razširil program družinske medicine za 32 novih timov, povečalo pa naj bi se tudi število referenčnih ambulant.

Mateja Babič, magistra farmacije iz Splošne bolnišnice Jesenice je predstavila temo z naslovom »Kako bomo zagotovili sledenje zdravil po EU direktivi«. Ključni namen predstavitve te tematike je aktualna evropska Uredba o preprečevanju vstopa ponarejenih zdravil za

uporabo v humani medicini in njeno izvajanje v bolnišnični lekarni. Obseg ponarejenih zdravil se v EU zaskrbnjuje povečuje, zato je bila sprejeta Uredba 2016/161, ki določa sistem identifikacije in preverjanja avtentičnosti zdravil s sistemom sledljivosti od proizvajalca do končnega uporabnika. Vsa zdravila morajo imeti nameščene zaščitne elemente, ki jih preverjajo najprej trgovci na debelo, nato pa lekarniški farmacevt. Njegova naloga je, da vsako zdravilo pred izdajo preveri in ustrežno ukrepa ob ugotovljenih odstopanjih. Farmacevt preveri avtentičnost zdravila s pomočjo kode Data Matrix v informacijskem sistemu SiMVS, ki je del evropskega sistema za preverjanje avtentičnosti zdravil. Lekarna v SB Jesenice se je pridružila pilotnemu projektu Zavoda za preverjanje avtentičnosti zdravil RS v aprilu 2018. Vsako zdravilo se v sistemu SiMVS preverja na treh nivojih. Da farmacevt zdravilo izda, morajo biti vsi trije nivoji ustrezni. Občasno pride v sistemu preverjanja zdravil do težav, ko je sistem neodziven in preverjanje avtentičnosti ni mogoče. V teh primerih mora farmacevt ob ponovni aktivaciji sistema ročno vnesti v sistem vse podatke. Informacijski sistemi v bolnišničnih lekarnah žal ne sledijo potrebam farmacevtov v bolnišnicah.

Uvodno predavanje drugega dne je imel minister za zdravje **Aleš Šabeder**. V svoji predstavitvi je prikazal okvirni načrt Ministrstva za zdravje v obdobju 2019–2020. Ministrstvo za zdravje naj bi do konca leta 2020 pripravilo predloge zakonodaje na področju dolgotrajne oskrbe in nege, vodenja in upravljanja javnih zavodov in temeljnih zakonov, tj. zakona o zdravstveni dejavnosti in zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju.

Marjan Sušelj, generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje je imel zelo zanimivo in aktualno predavanje *Ali smo že vzpostavili finančno stanje, ki je bilo pred gospodarsko krizo in kakšne so napovedi?* V uvodu je prikazal gibanje prihodkov in odhodkov za zdravstveno varstvo v obdobju 2006–2019 skupaj in tudi ločeno po posameznih vrstah dejavnosti. Rast prihodkov je stagnirala v obdobju med 2008 in 2013, to je bilo tudi obdobje, ko so odhodki občasno presegali prihodke, po letu 2014 pa skupni prihodki in tudi odhodki zelo naraščajo. Med posameznimi vrstami odhodkov so se odhodki za osnovno zdravstveno varstvo v letu 2018 povečali za 56 % v primerjavi z letom 2006, pri bolnišničnem in specialističnem zdravstvenem varstvu za 70 %, največji pa je porast odhodkov za nadomestila, tj. kar za 117 %. Porast teh odhodkov je pospešen od leta 2015 dalje. Iz podatkov je lepo razvidna rast prihodkov, tudi odhodkov, ki pa so se večinoma porabili za višje stroške plač v zadnjih treh letih. Marjan Sušelj se je vprašal, kako naprej. Ima



Udeleženci 26. strokovnega srečanja DEVZ

mo nove oblike zdravljenja, več preventive, boljše je obvladovanje kroničnih bolezni, imamo pa seveda tudi več starostnikov in bolj zahtevne paciente. Za razvoj zdravstvenega sistema v bodoče bodo potrebne pravilne odločitve vseh, tj. regulatorja sistema, plačnika, izvajalcev in tudi uporabnikov. Potrebno bo zagotoviti finančno vzdržno financiranje sistema. Po trenutnih projekcijah naj bi se viri sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje povečali od 3.055 mio eur na 3.725 mio eur v letu 2022, kar je skoraj 22 % več v treh letih. Pri sprejemanju ključnih odločitev je zelo pomemben demografski razvoj, saj smo starajoča družba, zmanjšuje se število aktivnega prebivalstva, zato bo potrebno povečanje deleža izdatkov za zdravstvo v družbenem bruto produktu. Dejstvo je, da trenutna javna sredstva ne omogočajo pokrivanja vseh javnih izdatkov za zdravstvo, zato bo potrebna večja vključitev proračunskih sredstev in pa tudi izenačitev bremena plačevanja sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje med vse zavezanke.

Dr. Franc Trček, predsednik Odbora za zdravstvo pri Državnem zboru, sicer poslanec stranke Levica v Državnem zboru, je predstavil *Pogled na zdravstvo danes in kako jutri*.

Poudaril je, da je zdravstveni sistem zagotovo eden najbolj kompleksnih sistemov v državi, ki zahteva sodelovanje številnih strokovnjakov z različnimi znanji in seveda trdno podporo politike. Opozoril je na nekaj področij v zdravstvu, ki bi jih morali urediti, in sicer: informacijski sistemi so slabi, neenotni in slabo povezljivi, kar je zagotovo odgovornost politike v preteklosti. Treba bi bilo poenotiti in posodobiti informacijski sistem; infrastruktura v zdravstvu je slaba, zastarela, ni bilo vlaganj v razvoj, ni bilo prioritete pri gradnji, zato bo treba preko proračuna zagotoviti vsaj 100 mio eur letno v naslednjih petih letih; Slovenija je starajoča družba, treba je urediti področje dolgotrajne nege in določiti stabilne vire financiranja; v Sloveniji se nič ne govori o specializaciji bolnišnic, kar je trend v Evropi že nekaj let; treba bo urediti vodenje zavodov, ki je kompleksno in zahteva ustrezna znanja in orodja; trenutno največji problem je zagotavljanje ustreznega kadra, tako zdravnikov na primarni ravni, kot negovalnega kadra v bolnišnicah.

Nataša Čarman Korenjak, vodja ZZZS Območne enote Kranj je predstavila Gorenjsko regijo, zdravstveno stanje prebivalstva na Gorenjskem in podatke o

preskrbljenosti in dostopnosti do zdravstvenih storitev na Gorenjskem. V gorenjski regiji živi cca 10 % prebivalcev Slovenije, ima 18 občin, sodi med regije z najvišjim naravnim prirastom in je druga po deležu prebivalstva z višješolsko ali visokošolsko izobrazbo. Gorenjska regija sodi med gospodarsko bolj razvite predele Slovenije, z močno in razvito industrijo, pomembna gospodarska panoga pa je zagotovo tudi turizem. Povprečna starost je 42,9 leta. Iz kazalnikov zdravja izhaja, da v regiji niso preseženi kazalniki slovenskega povprečja pri številu prejemnikov zdravlil zaradi sladkorne bolezni, hipertenzije, duševnih motenj in proti strjevanju krvi. Splošna umrljivost je v gorenjski regiji nižja od slovenskega povprečja, z izjemo samomorov, ki jih je nekaj več. Na Gorenjskem deluje 155 izvajalcev zdravstvenih storitev, od tega 140 zasebnih s koncesijo in 15 javnih zavodov. Velik problem gorenjske regije je precej slabša preskrbljenost z zdravstvenimi storitvami, tako na primarni kot tudi specialistični ravni. Slabša je preskrbljenost na področju družinske medicine, v dejavnosti otroških in šolskih dispanzerjev, v zobozdravstvu, fizioterapiji ter v patronažni službi in negi na domu. Tudi na področju specialistične dejavnosti je gorenjska regija zelo slabo preskrbljena na področju urologije, kardiologije, okulistike, gastroenterologije ter dermatologije. To stanje je odraz dejstva, da gorenjska regija nima tipične centralne regijske bolnišnice, zato skoraj 40 % Gorenjcev specialistične zdravstvene storitve opravi izven regije.

Metka Zaletel, ki je zaposlena na NIJZ, kjer je vodja zdravstveno podatkovnega centra, je predstavila pomen kakovosti podatkov na nacionalni ravni. Poudarila je, da ima Slovenija dolgo tradicijo zbiranja in obdelovanja podatkov s področja zdravja in zdravstvenega varstva, kjer so pomembne časovne vrste primerljivih podatkov ter primerljivost med regijami in državami. V zadnjih letih se povečuje tudi zavedanje o pomembnosti podatkov, pa tudi povpraševanje. Pri tem je zelo pomembna kakovost podatkov, pri čemer pa je definicij kakovosti več. Podatki so kakovostni v primeru, da dosegajo dovolj visoko raven kakovosti tako v institucionalnem okolju, v procesu obdelave podatkov kot tudi pri rezultatih obdelav. Slovenija ima področje zbiranja in obdelave podatkov o zdravju in zdravstvenem varstvu dobro in pregledno urejeno. Osnovna pravna podlaga je Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, ki določa zbirke podatkov, obseg zbiranja, upravljavce, poročevalce, roke poročanja itd. V Sloveniji največ podatkov zbere ZZZS, pa tudi Onkološki inštitut z Registrom raka. Ob koncu predavanja je predavateljica poudarila, da bi v Sloveniji

potrebovali nacionalni konsenz o potrebnih podatkih ter standardih za zbiranje in obdelavo podatkov, posodobljeno zakonodajo, pregledne informacijske sisteme ter avtomatske prenose podatkov v nacionalne sisteme, kot so NIJZ, ZZZS, MZ, itd. ter usposobljen kader na vseh ravneh, tako pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, kot na nacionalni ravni.

Janez Poklukar, direktor Splošne bolnišnice Jesenice, je predstavil zelo pestro paleto podatkov o številu zaposlenih v zdravstvu. V uvodu je poudaril, da se Slovenija sooča z veliko razpršenostjo in nepreglednostjo raznih podatkov, ki ne omogočajo strateškega planiranja. Število zaposlenih v zdravstvu se je v zadnjih letih povečalo za več kot 10.000. Obdobje zadnjih desetih let lahko razdelimo na tri obdobja, in sicer obdobje med 2008 do 2011, ko se je kljub napovedani recesiji ohranjal pozitiven trend, obdobje krize med 2012 do 2014, ko je bila značilna stagnacija zaposlovanja in obdobje po letu 2015, ko je prišlo do skokovitega zaposlovanja. V prvem obdobju se je tako zaposlenost v zdravstvu povečala za 7 %, v drugem obdobju za 4 %, v tretjem pa kar za 24 %. V zdravstvu so zaposleni zdravstveni delavci, ki predstavljajo 2/3 vseh zaposlenih in nezdravstveni delavci z 1/3 deležem. V zadnjih letih se zelo povečuje zaposlitev diplomiranih medicinskih sester, ki so v letu 2017 skupaj z višjimi medicinskimi sestrami po skupnem številu prehiteli zdravnike. V zdravstvu je prisotna feminizacija, saj je kar 81 % zaposlenih žensk. Povečano zaposlovanje je izboljšalo tudi preskrbljenost z zdravstvenimi kadri. Tako je bil v letu 2008 en zdravnik na 403 prebivalce, v letu 2016 pa že na 325 prebivalcev. Stanje na Gorenjskem je bistveno slabše, saj je bil leta 2008 en zdravnik na 688 prebivalcev, v letu 2016 pa na 476 prebivalcev. Razlika med Gorenjsko in Slovenijo je 46 % v korist povprečja v Sloveniji. Število zdravnikov v Sloveniji se je od leta 2008 do leta 2016 povečalo iz 2,4 zdravnika/1000 prebivalcev na 3,25 zdravnika/1000 prebivalcev. Število zdravnikov na primarnem nivoju se je v zadnjih desetih letih povečalo iz 42 na 60 na 100.000 prebivalcev, kar je za 42,8 %. Če je pri zdravnikih viden koncept strateškega planiranja, pa tega ni mogoče trditi pri zdravstveni negi. Število zdravstvenih tehnikov se je v zadnjih desetih letih povečalo le za 15 %, število diplomiranih medicinskih sester pa kar za 68 %. Kljub pomanjkanju negovalnega kadra pa se Slovenija uvršča v zgornjo tretjino držav v EU po številu medicinskih sester.

Op. Povzetki so napisani na podlagi izdanega zbornika za 26. *Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu* in na podlagi predstavitev na srečanju.

PRAVI JUNAKI DARUJEMO!



#ligadarovalcev

Hvala, ker darujete. Vi ste pravi junaki sodobnega časa,
z vami in zaradi vas življenje mnogih teče dalje ...

DARUJ
ENERGIJO ZA ŽIVLJENJE

daruj-kri.si
f Daruj kri

Pokrovitelji akcije:



Zavod Republike Slovenije
za transfuzijsko medicino
Blood Transfusion Centre of Slovenia

PETROL
Energija za življenje



**NOVIS – NOVICE, OBVESTILA, VESTI,
INFORMACIJE SKUPNOSTI.**

Prva številka Novisa je izšla januarja leta 1974. Revija je namenjena zdravstvenemu managementu.

(w) www.zdrzz.si

(f) Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

(t) ZdruženjeZDRZZ